ประสบการณ์อาการวิธีการจัดการกับอาการและ คุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอ ที่เกิดภาวะน้ำลายแห้งหลังครบรังสีรักษา ณ ศูนย์มะเร็งลพบุรี

นิรมล พจน์ด้วง
ฉวีวรรณ เจิมสม
จุไรรัตน์ ธรรมเพียร

บทคัดย่อ ■

การวิจัยเชิงพรรณนาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสบการณ์อาการ วิธีการจัดการกับอาการและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่เกิดภาวะน้ำลาย แห้งหลังครบรังสีรักษาตามแบบจำลองการจัดการกับอาการของดอดด์และคณะ (2001) กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอภายหลังครบรังสีรักษาของศูนย์มะเร็งลพบุรี รวม 80 คน เก็บรวบรวมข้อมูลตั้งแต่เดือนมกราคมถึงมีนาคม 2551 โดยใช้แบบสัมภาษณ์ประสบการณ์อาการ วิธีการจัดการกับอาการและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่เกิดภาวะน้ำลายแห้งหลังครบการรักษาด้วยรังสี ประกอบด้วยแบบประเมินภาวะน้ำลายแห้งที่พัฒนาโดยอิชบุชและคณะ แบบประเมินคุณภาพชีวิตในภาวะน้ำลายแห้งพัฒนาโดยเฮนสันและคณะ แบบสอบถามทั้งสองส่วนพรรณวดี พุธวัฒนะและคณะนำมาแปลเป็นภาษาไทย และแบบสัมภาษณ์วิธีการจัดการได้รับการพัฒนาโดยบุษกร แสงแก้ว (2549)และสุจิรา ฟุ้งเฟื่อง (2550) ผ่านการตรวจสอบคุณภาพด้านความตรงเชิงเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่านมีค่า CVI เท่ากับ .95 ทดสอบความเที่ยงได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของแบบประเมินความรุนแรงของภาวะน้ำลายแห้งและแบบประเมินคุณภาพชีวิตเท่ากับ .81 และ .74 ตามลำดับ

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการรับรู้ภาวะน้ำลายแห้ง(90%) มีความรุนแรงของภาวะน้ำลายแห้งโดยรวมอยู่ใน ระดับความรุนแรงปานกลาง อาการที่รับรู้ว่ามีความรุนแรงมาก คือ น้ำลายแห้งจนรู้สึกกลืนอาหารที่แห้งหรือแข็งได้ยากลำบาก วิธีการจัดการกับภาวะน้ำลายแห้งในด้านบรรเทาอาการ ส่วนใหญ่เลือกการรับประทานอาหารที่มีลักษณะนุ่ม ชุ่มชื้น ชิ้นเล็ก งดสูบบุหรี่ หลีกเลี่ยงผลิตภัณฑ์หรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ จิบน้ำบ่อยๆ หลีกเลี่ยงเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของคาเฟอีนและดื่มน้ำมากกว่า 2000 ซีซีต่อวัน ในด้านการป้องกันฟันผุส่วนใหญ่เลือกใช้การแปรงฟันอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง ผลของการจัดการกับอาการด้านคุณภาพชีวิตพบว่า ภาวะน้ำลายแห้งรบกวนคุณภาพชีวิตโดยรวม ในระดับค่อนข้างมากและพบว่าความรุนแรงของภาวะน้ำลายแห้งมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต (p=.01)

ผลการศึกษานี้ แสดงให้เห็นว่าภาวะน้ำลายแห้งเป็นภาวะแทรกซ้อนระยะยาวที่สำคัญและส่งผลต่อคุณภาพชีวิตภายหลังครบรักษาด้วยรังสีของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอ ดังนั้นทีมสุขภาพควรให้ความสนใจกับปัญหาที่เกิดขึ้น โดยวางแนวทางการจัดการกับอาการที่เหมาะสมและมีประสิทธิภาพเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย

คำสำคัญ ประสบการณ์อาการ / วิธีการจัดการกับอาการ/ภาวะน้ำลายแห้ง / คุณภาพชีวิต / ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอ / รังสีรักษา

Abstract

Symptom experiences symptom management and quality of life in head and neck cancer patients with radiation induced xerostomia

By Niramon Pojdoung, Chaveevan Jermsom and Churairat Thammapian Out Patient Department , Nursing Division, Loburi Cancer Center.

The purpose of this descriptive study was to analyze the experience of certain symptoms, symptom management, and quality of life(QOL) in head and neck cancer patients with radiation induced xerostomia based on the Symptom Management Model of Dodd et al. (2001). The study focused on 80 patients with head and neck cancer who were treated by radiotherapy in Loburi Cancer Center.

Data collection took place from January to March 2008. The data was collected by using Likert xerostomia questionnaires developed by Esbruch et al. (2001), Xerostomia - related QOL scale developed by Henson et al. (2001) and Symptom management questionnaires developed by Busakorn Sangkaew et al. (2006) and Sujira Foongfaung et al. (2007). The questionnaires were tested for content validity by 3 experts. The CVI was .95 and the reliability of The Cronbach' Alpha correlation coefficient in relation to two categories (Likert xerostomia questionnaries and Xeostomia - related QOL scale) were .81 and .74 respectively.

The finding showed that 90% of the subjects had xerostomia. They had moderate distress and the most severe symptom was difficulty in swallowing dry or solid food. To improve their symptoms, the subjects used to have soft diet or small pieces of food and avoid tobacco, caffeine and alcohol consumption. They should sip water frequently, drink water at least 2000 cc/day and care oral hygiene by brushing teeth twice daily. Xerostomia affected their QOL. The severity of xerostomia was significantly associated with QOL ($p = .01$).

In conclusion, xerostomia following radiotherapy in head and neck cancer patients was common and affected QOL. Thus health care team should pay more attention to this health problem and put a specific program to improve symptoms and QOL of these patients.

Key word : Symptom experiences / quality of life / head and neck cancer / xerostomia / radiotherapy

บทนำ ■

มะเร็งศีรษะและคอพบมากเป็นอันดับ 1 ของมะเร็งในเพศชายติดต่อกันหลายปี[1] ผู้ป่วยกลุ่มนี้จึงเป็นกลุ่มใหญ่ที่เข้ามารับบริการในศูนย์มะเร็งลพบุรี ผู้ป่วยร้อยละ 60-80 ได้รับการรักษาด้วยรังสี[2,3] แม้ว่ารังสีจะไปทำลายเซลล์มะเร็งได้ แต่รังสีก็มีผลต่อเซลล์ปกติด้วยทำให้เกิดผลข้างเคียงที่ไม่พึงประสงค์ ภายหลังครบการรักษาด้วยรังสีมักจะเกิดผลข้างเคียงในระยะยาวได้แก่ การดึงรั้งของเนื้อเยื่อรอบปากทำให้ช่องปากแคบ น้ำลายลดลงทำให้เกิดภาวะน้ำลายแห้งและการรับรสเสีย[4] การเกิดภาวะแทรกซ้อนในช่องปากภายหลังการรักษามีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยอาการที่พบมากที่สุดถึงร้อยละ 91.8 คือภาวะน้ำลายแห้ง[5]

ภาวะน้ำลายแห้ง คือ การที่น้ำลายผลิตได้น้อยลงจากสาเหตุต่างๆ ทำให้เกิดอาการน้ำลายเหนียว ปวดแสบปวดร้อนในปากโดยเฉพาะลิ้นมีรอยแตกที่ริมฝีปากหรือมุมปาก กลืนลำบากพื้นผิวลิ้นเปลี่ยน การรับรสผิดปกติ สุขภาพช่องปากไม่ดีทำให้เกิดฟันผุ เยื่อบุปากอักเสบและติดเชื้อในช่องปากภาวะนี้ยังทำให้รบกวนการรับประทานอาหาร การนอนหลับรวมไปถึงการพูดด้วยการรักษาด้วยรังสีจะทำให้เกิดภาวะน้ำลายแห้งได้มากที่สุด เกิดได้ทั้งระยะเฉียบพลันและระยะยาว ภาวะน้ำลายแห้งส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอได้มากที่สุดภายหลังรับการรักษาด้วยรังสีเป็นเวลา 6 เดือน[5] การที่ไม่มีน้ำลายจะทำให้มีอาหารติดฟัน ชะล้างได้ยาก ก่อให้เกิดเชื้อแบคทีเรียในปาก เชื้อแบคทีเรียที่เพิ่มขึ้นจะทำลายเยื่อบุช่องปากจนเกิดเป็นแผลและก่อให้เกิดอาการฟันผุ โรคปริทันต์ ได้มากกว่าบุคคลทั่วไป[6] การศึกษาวิจัยในปัจจุบันได้มุ่งในด้านการป้องกันมากขึ้น โดยพัฒนาวิธีการฉายรังสีให้เกิดผลในการทำลายเนื้อเยื่อในช่องปากโดยเฉพาะต่อมน้ำลายให้น้อยที่สุด แต่วิธีการเหล่านี้ยังไม่ค่อยได้รับความสนใจมากนัก ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่รักษาด้วยรังสียังคงต้องเผชิญกับภาวะน้ำลายแห้งสำหรับประเทศไทยมีการศึกษาพบว่า สิ่งที่ก่อให้เกิดความเครียดที่พบมากในผู้ป่วย มะเร็งศีรษะและคอภายหลังการรักษาด้วยรังสีคือ การกลืนลำบากจากคอแห้งและน้ำลายเหนียว (ร้อยละ 65) และจากปากแห้งคอแห้ง น้ำลายเหนียว (ร้อยละ 66.3)[7] ความรู้เกี่ยวกับประสบการณ์อาการ การจัดการและผลลัพธ์ของการจัดการจากโรคและการรักษาของผู้ป่วยมะเร็ง มีประโยชน์ที่จะทำให้เข้าใจอาการของโรคมะเร็งและผลข้างเคียงของการรักษา รวมทั้งวิธีการจัดการกับอาการของผู้ป่วยและประสิทธิภาพจากการจัดการนั้นๆ เพื่อหาแนวทางในการช่วยเหลือผู้ป่วยอย่างถูกต้อง และตรงกับปัญหาอย่างแท้จริง การศึกษาเกี่ยวกับประสบการณ์การมีอาการที่ผ่านมา ของกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งมักศึกษาขณะผู้ป่วยรับการรักษา เป็นส่วนใหญ่ ทั้งที่หลังครบการรักษาผู้ป่วยอาจมีอาการรบกวนจาก ผลข้างเคียงของการรักษาที่ได้รับสำหรับประเทศไทยการศึกษาที่อยู่ในวงจำกัดคือการศึกษาที่เฉพาะเจาะจงต่อผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอในด้านประสบการณ์ของภาวะน้ำลายแห้งและคุณภาพชีวิตภายหลังการรักษาด้วยรังสี คุณภาพชีวิตภายหลังการรักษาที่เป็นตัวชี้วัดทางสุขภาพ ที่สำคัญของผู้ป่วยมะเร็ง

บุคลากรทางสุขภาพควรมีความเข้าใจถึงประสบการณ์การมีภาวะน้ำลายแห้งหลังครบรังสีรักษา เพื่อเป็นแนวทางที่จะช่วยส่งเสริมและสนับสนุนผู้ป่วยให้เข้าใจและรับรู้อาการจากผลข้างเคียงของการรักษา มีส่วนร่วมในการติดตามสังเกตความรุนแรงของอาการ หลีกเลี่ยงปัจจัยที่เป็นสาเหตุของ

การเกิดอาการและวิธีการต่างๆ ที่ผู้ป่วยปฏิบัติแล้วส่งผลดีต่ออาการ หรือลดความรุนแรงของอาการ รวมทั้งควบคุมและป้องกันไม่ให้เกิดอาการนั้นได้อย่างเหมาะสม ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นของผู้ป่วย มะเร็งศีรษะและคอภายหลังรับรังสีรักษา คณะผู้วิจัยมีบทบาท โดยตรงในการดูแลกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งศีรษะ และคอที่ได้รับรังสีรักษาจึงเห็นความสำคัญกับปัญหาระยะยาวที่เกิดขึ้นข้างต้น จึงได้ทำการศึกษาประสบการณ์อาการ วิธีการจัดการกับอาการและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่เกิดภาวะน้ำลายแห้งหลังครบรังสีรักษาของศูนย์มะเร็งลพบุรี โดยใช้กรอบแนวคิดการจัดการกับอาการของดอดด์ และคณะ(2001)[8] มีวัตถุประสงค์การวิจัยคือ เพื่อศึกษาประสบการณ์การมีภาวะน้ำลายแห้งในเรื่อง การรับรู้ความรุนแรงของอาการ วิธีการจัดการกับภาวะน้ำลายแห้งและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอภายหลังครบรังสีรักษา เพื่อเป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยต่อไป

วัสดุและวิธีการ ■

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเป็นผู้ป่วยโรคมะเร็งศีรษะและคอภายหลังครบรังสีรักษา ที่มาตรวจติดตามการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกรังสีรักษา ศูนย์มะเร็ง ลพบุรี ในช่วงเดือน มกราคม-มีนาคม 2551 จำนวน 80 ราย มีคุณสมบัติคืออายุ 18 ปีขึ้นไป ได้รับการวินิจฉัยเป็นมะเร็งศีรษะและคอ ได้รับรังสีรักษาครบตั้งแต่ 6 สัปดาห์ถึง 2 ปี สามารถสื่อสารภาษาไทยได้และยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้มี 1 ฉบับ ประกอบด้วย 4 ส่วนคือ

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยโรคมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับการรักษาด้วยการฉายรังสี ประกอบด้วย

ก. ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ การศึกษา ประวัติการสูบบุหรี่และดื่มสุรา เป็นต้น

ข. ข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วย ได้แก่ การวินิจฉัยโรคและผลทางพยาธิวิทยา โรคประจำตัว และประวัติด้านทันตกรรม เป็นต้น

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความรุนแรงของภาวะน้ำลายแห้งภายหลังได้รับรังสีรักษาของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอ เป็นแบบสอบถามชนิดลิเคิร์ตที่สร้างโดยอิชบุชและคณะ[9] ซึ่งพรรณวดี พุธวัฒนะและคณะนำมาแปลเป็นภาษาไทย ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 8 ข้อ แต่ละข้อมีคะแนน 0 - 10 คะแนน นำมาหาค่าเฉลี่ยของระดับความรุนแรงของอาการจำแนกเป็น 4 ระดับคือ

0 คะแนน หมายถึง ไม่ปรากฏอาการ
1-3 คะแนน หมายถึง ระดับความรุนแรงน้อย
4-7 คะแนน หมายถึง ระดับความรุนแรงปานกลาง
8-10 คะแนน หมายถึง ระดับความรุนแรงมาก

ส่วนที่ 3 แบบประเมินคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษาที่มีภาวะน้ำลายแห้ง เป็นแบบสอบถามที่สร้างโดยเฮนสันและคณะ[10] แปลเป็นภาษาไทย โดยพรรณวดี พุธวัฒนะและคณะ ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 15 ข้อ คำถามเกี่ยวข้องกับผลของภาวะน้ำลายแห้งต่อชีวิตประจำวันด้านต่างๆ 4 ด้าน คือ การทำหน้าที่ด้านร่างกาย การทำหน้าที่ด้านจิตใจการทำหน้าที่ด้านสังคม และอาการปวดหรือไม่สุขสบาย เป็นคำถามแบบประเมินค่า 5 คำตอบ คือ 0 = ไม่ใช่หมายถึง ภาวะน้ำลายแห้งไม่ส่งผลต่อชีวิตประจำวัน

5 = มากที่สุด หมายถึง ภาวะน้ำลายแห้งส่งผลต่อชีวิตประจำวันมากที่สุด นำคะแนนที่ได้แต่ละด้านมาหาค่าเฉลี่ย ให้แต่ละด้านมีคะแนน 0 - 4 คะแนน แปลผลตามระดับคะแนน ดังนี้

4 = รบกวนคุณภาพชีวิตมากที่สุด
3 = รบกวนคุณภาพชีวิตมาก
2 = รบกวนคุณภาพชีวิตค่อนข้างมาก
1 = รบกวนคุณภาพชีวิตเล็กน้อย
0 = ไม่รบกวนคุณภาพชีวิต

ส่วนที่ 4 แบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับประสบการณ์ในการจัดการกับอาการของผู้ที่เป็นมะเร็งที่คณะผู้วิจัยดัดแปลงจากแบบสอบถามเดิมของบุษกร แสงแก้ว[11] พัฒนาต่อโดยสุจิรา ฟุ้งเฟื่อง[12] ประกอบด้วยวิธีการจัดการกับอาการ ในส่วนนี้ผู้วิจัยได้ดัดแปลงข้อคำถามโดยการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับแนวทางปฏิบัติทางการพยาบาล ในการดูแลช่องปากผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและ คอที่เกิดภาวะน้ำลายแห้งหลังครบรังสีรักษาของนิรมล พจน์ด้วง[13] เป็นคำถามแบบให้เลือกตอบ 1 คำตอบ คือ ใช้ หรือ ไม่ใช้และถามเกี่ยวกับเหตุผล / แหล่งที่มาของข้อมูล / ผู้ช่วยเหลือในการจัดการกับอาการ / เวลาและสถานที่ ที่ปฏิบัติกิจกรรมการจัดการกับอาการ

2. **คุณภาพของเครื่องมือ**

คณะผู้วิจัยตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือในด้านความตรงเชิงเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญด้านโรคมะเร็งศีรษะและคอในด้านการรักษาด้วยรังสีรักษา ด้านการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยรังสี และด้านทันตกรรม จำนวน 3 ท่าน ได้ค่าความตรงตามเนื้อหา 0.95 ส่วนความเที่ยงของเครื่องมือ ผู้วิจัยหาความสอดคล้องภายในจากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 27 คนได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ในแบบสัมภาษณ์ส่วนที่ 2 และส่วนที่ 3 เท่ากับ 0.81 และ 0.74 ตามลำดับ

3. การเก็บรวบรวมข้อมูล

คณะผู้วิจัยเป็นผู้เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง การพิทักษ์สิทธิ์ของผู้ป่วยได้ผ่านการเห็นชอบจากคณะกรรมการวิจัยศูนย์มะเร็งลพบุรี

4. การวิเคราะห์ข้อมูล

นำข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลความเจ็บป่วย ความรุนแรงของภาวะน้ำลายแห้ง วิธีการจัดการกับอาการและคุณภาพชีวิตจากภาวะน้ำลายแห้ง คำนวณโดยใช้สถิติบรรยาย นำเสนอเป็นจำนวน ร้อยละ พิสัย ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและค่าความสัมพันธ์

ผลการวิจัย ■

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 71.3 อายุระหว่าง 19-80 ปี อายุเฉลี่ย 56.65 ปี มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 81.3 ทั้งหมดนับถือศาสนาพุทธ การศึกษาอยู่ระดับประถมศึกษา ร้อยละ 83.3 ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 40 มี ประวัติเคยสูบบุหรี่แต่ปัจจุบันเลิกสูบแล้ว ร้อยละ 63.8 และมีประวัติเคยดื่มสุราแต่ปัจจุบันเลิกดื่มแล้ว ร้อยละ 65 กลุ่มตัวอย่างเป็นมะเร็งของลิ้นและพื้นปาก ร้อยละ 31.3 รองลงมาคือมะเร็งโพรงหลังจมูกและกล่องเสียง ร้อยละ 20 และ 12.5 ตามลำดับ ผลทางพยาธิวิทยาส่วนใหญ่เป็นเซลล์ชนิดแผ่นเรียบมีเกร็ด (Squamous cell carcinoma) ร้อยละ 83.8 ปริมาณรังสีที่ได้รับทั้งหมด 6001 - 7000 เซนติเกรย์ ร้อยละ 82.5 จำนวนสัปดาห์ที่ได้รับรังสี 7-8 สัปดาห์ ร้อยละ 90 ได้รับรังสีครบเป็นเวลา 2-6 เดือน ร้อยละ 71.3 ได้รับยาเคมีบำบัดร่วมกับการฉายแสง ด้วยสูตรยาคาร์โบพลาติน/ซิสพลาตินและ 5 เอฟยู ร้อยละ 41.3 ไม่มีประวัติการผ่าตัดในบริเวณศีรษะและคอ

ร้อยละ 83.8 ได้พบทันตแพทย์ก่อนการรฉายแสงและมีฟันผุ ร้อยละ 68.8 ไม่ได้พบทันตแพทย์ภายหลังครบรังสีรักษา ร้อยละ 53.8 ปัจจุบันยังมีฟันในช่องปาก ร้อยละ 70 ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 77.5 และมีการรับรู้ภาวะน้ำลายแห้งร้อยละ 90

ความ รุนแรงของภาวะน้ำลายแห้ง

ความรุนแรงของภาวะน้ำลาย แห้งโดยรวมอยู่ในระดับความรุนแรงปานกลาง (ค่าเฉลี่ย 6.07, ส่วนเบี่ยงเบนมาตราฐาน = 1.91) อาการที่กลุ่มตัวอย่างรับรู้ว่ามี ระดับความรุนแรงมาก คือ น้ำลายแห้งจนรู้สึกกลืนอาหารที่แห้งหรือแข็งได้ยากลำบาก (ค่าเฉลี่ย 8.06, ส่วนเบี่ยงเบนมาตราฐาน = 2.56)

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ยคะแนนความรุนแรงของภาวะน้ำลายแห้งภายหลังครบรังสีรักษาของกลุ่มตัวอย่าง (n = 72)

การรับรู้อาการ	Mean	S.D.
1. น้ำลายแห้งจนรู้สึกยากลำบากในการพูด	4.96	2.719
2. น้ำลายแห้งจนรู้สึกยากลำบากในการเคี้ยว	5.78	2.908
3. น้ำลายแห้งจนรู้สึกกลืนอาหารที่แห้งหรือแข็งได้ยากลำบาก	8.06	2.561
4. น้ำลายแห้งจนต้องตื่นนอนขณะนอนหลับในช่วงกลางคืน	4.85	3.138
5. ปากและคอแห้งในขณะรับประทานอาหาร	6.19	3.079
6. ปากและคอแห้งในเวลาอื่นๆ ที่ไม่ได้รับประทานอาหาร	5.57	2.700
7. การจิบน้ำเพื่อช่วยในการกลืนอาหาร	7.50	2.917
8. การจิบน้ำเพื่อบรรเทาอาการปากและคอแห้งนอกเหนือจากเวลารับประทานอาหาร	5.71	3.056
9. ความรุนแรงของภาวะน้ำลายแห้งโดยรวม	6.07	1.91

วิธีการจัดการกับภาวะน้ำลายแห้ง

วิธีการจัดการกับอาการ

ในด้านบรรเทาอาการวิธีการที่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เลือกใช้ คือ รับประทานอาหารที่มีลักษณะนุ่ม ชุ่มชื้น ชิ้นเล็ก งดสูบบุหรี่ หลีกเลี่ยงผลิตภัณฑ์หรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์จิบน้ำบ่อยๆ หลีกเลี่ยงเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของคาเฟอีนและดื่มน้ำมากกว่า 2000 ซีซีต่อวัน เลือกใช้ ร้อยละ 90.3, 90.3, 88.9, 84.7, 77.8 และ 70.8 ตามลำดับ ในด้านการป้องกันฟันผุ วิธีการที่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เลือกใช้ คือ แปรงฟันอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง ร้อยละ 68.1

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของวิธีการจัดการกับภาวะน้ำลายแห้งของกลุ่มตัวอย่าง (n = 72)

วิธีการจัดการกับอาการ	ใช้		ไม่ได้ใช้	
	n	%	n	%
ก. การบรรเทาอาการ				
1. ดื่มน้ำมากกว่า 2000 ซีซี/วัน	51	70.8	21	29.2
2. จิบน้ำบ่อย ๆ	61	84.7	11	15.3
3. บ้วนปากบ่อย ๆ				
3.1 บ้วนปากด้วยน้ำเปล่า	20	27.8	52	72.2
3.2 บ้วนปากด้วยน้ำเกลือนอร์มัล	30	41.7	42	58.3
3.3 บ้วนปากด้วยน้ำเกลือผสมโซเดียมไบคาร์บอเนต	6	8.3	6	91.7
3.4 บ้วนปากด้วยน้ำยาชนิดอื่นๆ (ไม่ทราบชื่อ)	15	20.8	57	79.2
4. อมลูกกวาดชนิดมีน้ำตาล	12	16.7	60	83.3
5. อมลูกกวาดชนิดไม่มีน้ำตาล	3	4.2	69	95.8
6. เคี้ยวหมากฝรั่งชนิดมีน้ำตาล	3	4.2	69	95.8
7. เคี้ยวหมากฝรั่งชนิดไม่มีน้ำตาล	1	7.4	71	98.6
8. หลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารรสจัด	49	68.1	23	31.9
9. หลีกเลี่ยงเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของคาเฟอีน	56	77.8	16	22.2
10. หลีกเลี่ยงผลิตภัณฑ์หรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์	64	88.9	8	8
11. งดสูบบุหรี่	65	90.3	7	7
12. รับประทานอาหารที่มีลักษณะนุ่ม ชุ่มชื้น ชิ้นเล็ก	65	90.3	7	7
13. ใช้น้ำลายเทียม	7	9.7	65	65
ข. การป้องกันฟันผุ				
1. พบทันตแพทย์อย่างสม่ำเสมอ	18	25	54	75
2. แปรงฟันอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง	49	68.1	23	31.9
3. หลีกเลี่ยงรับประทานอาหารหวาน	28	38.9	44	61.1
4. หลีกเลี่ยงรับประทานอาหรรสเปรี้ยว	44	61.1	27	37.5

เหตุผล/แหล่งที่มาของข้อมูล/บุคคลที่ช่วยเหลือ/เวลาที่ปฏิบัติกิจกรรม/สถานที่ที่ปฏิบัติกิจกรรมในการเลือกวิธีการจัดการ

เหตุผลในการเลือกวิธีการจัดการกับอาการ คือ คิดว่าปฏิบัติ แล้วอาการดีขึ้น/หายร้อยละ 73.6 แหล่งที่มาในการเลือกปฏิบัติกิจกรรม คือ ได้รับข้อมูลจากแพทย์/พยาบาลมากที่สุดร้อยละ 64 บุคคลที่ช่วยเหลือในการจัดการกับอาการ คือ ตนเอง (ผู้ป่วย) ร้อยละ 69.4 เวลาที่กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติกิจกรรมการจัดการกับอาการมากที่สุดคือ ปฏิบัติเมื่อมีอาการหรือรู้สึกผิดปกติ ร้อยละ 69.4 สถานที่ที่กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติกิจกรรมการจัดการกับอาการมากที่สุดคือ บ้าน ร้อยละ 98.6

คุณภาพชีวิตในภาวะน้ำลายแห้ง

ภาวะน้ำลายแห้งรบกวนคุณภาพชีวิตหลายด้านและโดยรวมในระดับค่อนข้างมากเมื่อพิจารณาหลายด้านจะพบว่าภาวะน้ำลายแห้งรบกวนคุณภาพชีวิตด้านจิตใจมากกว่าด้านอื่นๆ ดังแสดงในตารางที่ 10

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตในภาวะน้ำลายแห้งของกลุ่มตัวอย่าง (n = 72)

ตัวแปร	Mean	S.D.
คุณภาพชีวิตด้านร่างกาย	2.87	0.88
คุณภาพชีวิตด้านจิตใจ	2.93	0.93
คุณภาพชีวิตด้านสังคม	2.54	1.06
คุณภาพชีวิตด้านอาการปวด/ไม่สุขสบาย	2.78	0.88
คุณภาพชีวิตโดยรวม	2.80	0.87

ความสัมพันธ์ของภาวะน้ำลายแห้งและคุณภาพชีวิต

ความรุนแรงของภาวะน้ำลายแห้งมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตรายด้าน คือ ด้านร่างกาย ($r = 0.61$, $p = 0.01$) ด้านจิตใจ ($r = 0.65$, $p = 0.01$) ด้านสังคม ($r = 0.50$, $p = 0.01$) ด้านอาการปวด/ไม่สุขสบาย ($r = 0.64$, $p = 0.01$) และมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตโดยรวม ($r = 0.61$, $p = 0.01$) โดยพบว่าถ้าความรุนแรงของภาวะน้ำลาย แห้งยิ่งมากจะมีผลรบกวนคุณภาพชีวิตมากขึ้น

ตารางที่ 4 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพชีวิตในภาวะน้ำลายแห้งรายด้านและโดยรวมกับความรุนแรงของภาวะน้ำลายแห้งของกลุ่มตัวอย่าง (n = 72)

ตัวแปร	Mean	S.D.	ความรุนแรงของภาวะน้ำลายแห้ง
คุณภาพชีวิตด้านร่างกาย	2.87	0.88	0.61**
คุณภาพชีวิตด้านจิตใจ	2.93	0.93	0.65**
คุณภาพชีวิตด้านสังคม	2.54	1.06	0.50**
คุณภาพชีวิตด้านอาการปวด/ไม่สุขสบาย	2.78	0.88	0.64**
คุณภาพชีวิตโดยรวม	2.80	0.87	0.64**
ความรุนแรงของภาวะน้ำลายแห้ง	6.07	1.91	

** มีนัยสำคัญที่ 0.01

ผลการวิจัย ■

ความรุนแรงของภาวะน้ำลายแห้ง

การศึกษาครั้งนี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ภาวะน้ำลายแห้งร้อยละ 90 สอดคล้องกับการศึกษาของเจแฮมและคณะ 12 ที่ศึกษาสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอก่อนระหว่างและหลังการรักษาด้วยรังสี พบว่าผู้ป่วยเกิดภาวะน้ำลายแห้ง (ร้อยละ 53.2) มีการศึกษาที่พบว่าสิ่งที่ก่อให้เกิดความเครียด ที่พบมากในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอภายหลังการรักษาด้วยรังสีคือ การกลืนลำบากจากคอแห้งและน้ำลายเหนียว (ร้อยละ 65) และจากปากแห้งคอแห้ง น้ำลายเหนียว (ร้อยละ 66.3) 7 และเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างของการศึกษาครั้งนี้ส่วนใหญ่ครบการรักษาในช่วง 2 ถึง 6 เดือน จึงสอดคล้องกับการศึกษาของลอกแมนและคณะ[15] ที่พบว่าผู้ป่วยหลังครบรังสีรักษาจะมีอาการริมฝีปากแห้ง/คอแห้ง/น้ำลายแห้ง ส่งผลต่อการกลืนของผู้ป่วยจนถึง 1 ปี หลังการรักษา สำหรับการรับรู้ความรุนแรงของอาการ กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ความรุนแรงของภาวะน้ำลายแห้งโดยรวมที่ระดับความรุนแรงปานกลาง (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 6.07) สอดคล้องกับการศึกษาของไดริกและคณะ[16] ที่ศึกษาผู้ป่วยหลังครบการรักษาด้วยรังสี 6 เดือน พบว่าร้อยละ 65 มีระดับความรุนแรงของภาวะน้ำลายแห้งปานกลางถึงมาก และสอดคล้องกับการศึกษาของไวเจอร์และคณะ[17] ที่พบว่าร้อยละ 64 กลุ่มตัวอย่างมีระดับความรุนแรงของภาวะน้ำลายแห้งในระดับปานกลางถึงรุนแรง สำหรับการรับรู้ความรุนแรงของภาวะน้ำลายแห้งจากแบบสอบถามรายข้อพบว่า ปัญหาที่มีระดับความรุนแรงมาก คือ น้ำลายแห้งจนรู้สึกกลืนอาหารที่แห้งหรือแข็งได้ยากลำบาก (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 8.06) สอดคล้องกับการศึกษาของไดริกและคณะ[16] ที่พบว่าผู้ป่วยที่มีการรับรู้ภาวะน้ำลายแห้ง ร้อยละ 54 มีปัญหาการกินและร้อยละ 65 ถูกจำกัดการรับประทานอาหาร

จากข้อมูลที่ได้จากการศึกษาพบว่า ภาวะน้ำลายแห้งในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอเป็นประสบการณ์อาการที่สำคัญ ของผู้ป่วยภายหลังการรักษา ที่ทีมสุขภาพควรให้ความสำคัญเป็นปัญหาระยะยาวและเป็นปัญหาสุขภาพใหม่ทั้งที่ผู้ป่วยอาจจะหายขาดจากโรคมะเร็งแล้วก็ตาม

วิธีการจัดการกับภาวะน้ำลายแห้ง

ในด้านการบรรเทาอาการ วิธีการที่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เลือกใช้ คือ รับประทานอาหารที่มีลักษณะนุ่ม ชุ่มชื้น ชิ้นเล็ก งดสูบบุหรี่ หลีกเลี่ยงผลิตภัณฑ์หรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ จิบน้ำบ่อยๆ หลีกเลี่ยงเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของคาเฟอีนและดื่มน้ำมากกว่า 2000 ซีซีต่อวัน โดยเลือกใช้มากกว่าร้อยละ 65 สอดคล้องกับการศึกษาของเชคกี[18] ที่พบว่าผู้ป่วยที่เกิดภาวะน้ำลายแห้ง จากหลายสาเหตุ รวมทั้งจากรังสีรักษาจะเลือกรับประทานอาหาร พวกซุบ โยเกิร์ต ผักสุก ซอสมะเขือเทศ ไข่ คัสตาด กล้วย ปลา และอาหารที่นุ่ม ชุ่มชื้นชนิดอื่นๆ เพื่อช่วยบรรเทาอาหาร และจิบน้ำระหว่างรับประทานอาหารเพื่อช่วยในการกลืน สำหรับดื่มน้ำมากกว่า 2000 ซีซีต่อวัน การงดสูบบุหรี่ หลีกเลี่ยงผลิตภัณฑ์หรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์และหลีกเลี่ยงเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของคาเฟอีน เป็นวิธีการที่ใช้เพื่อไม่ให้ภาวะน้ำลายแห้งแย่ลง[19]

วิธีการบางอย่างที่กลุ่มตัวอย่างเลือกใช้น้อยนับเป็นผลดีสำหรับผู้ป่วยเนื่องจากเป็นวิธีการที่ไม่เหมาะสม เช่น การเคี้ยวหมากฝรั่งหรืออมลูกกวาดชนิดมีน้ำตาล เป็นสิ่งไม่พึงปฏิบัติในผู้ป่วยที่เกิดภาวะน้ำลายแห้ง เนื่องจากการเปลี่ยนแปลง

สภาพแวดล้อมในช่องปาก เป็นกรดมากขึ้นจากภาวะน้ำลายแห้ง เชื้อประจำถิ่นจะเปลี่ยนเป็นเชื้อก่อโรค ซึ่งน้ำตาลจะเป็นอาหารอย่างดีของแบคทีเรีย และแบคทีเรียจะผลิตสารที่มีฤทธิ์เป็นกรดไขมันทำลายฟัน ทำให้ฟันผุ[20] ยังมีวิธีการบรรเทาอาการอีกหลายอย่างที่สามารถช่วย บรรเทาอาการน้ำลายแห้งได้แต่พบว่ากลุ่ม ตัวอย่างเลือกใช้น้อย ซึ่งอาจเกิดจากการไม่ได้รับข้อมูล ที่ถูกต้องเพียงพอในการดูแลตนเอง เช่น การอมลูกกวาดชนิดไม่มีน้ำตาล และการเคี้ยวหมากฝรั่งเป็นวิธีพบว่าช่วยกระตุ้นให้มีการหลั่งน้ำลาย ช่วยลดความรุนแรงของภาวะน้ำลายแห้งได้[21-22] การใช้น้ำลายเทียมสามารถใช้บรรเทาภาวะน้ำลายแห้งได้ เช่นกัน[23] การบ้วนปากด้วยน้ำเกลือผสมโซเดียมไบคาร์บอเนต จะช่วยเพิ่มความชุ่มชื้น และปรับสภาพในช่องปากลดความเป็นกรด ซึ่งเหมาะกับภาวะน้ำลายแห้ง[24]

การป้องกันฟันผุของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เลือกใช้คือ การแปรงฟันอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง นับเป็นวิธีการที่ดีสำหรับผู้ป่วย เนื่องจากการป้องกันฟันผุต้องใช้วิธีที่มีประสิทธิภาพ ที่สามารถขจัดคราบจุลินทรีย์ที่ติดฟันลดปริมาณเชื้อโรคในช่องปาก ตลอดจนเสริมความแข็งแรงของฟันการศึกษาพบว่า การแปรงฟันเป็นวิธีการขจัดคราบจุลินทรีย์ได้ดี[25] แต่กลุ่มตัวอย่างยังเลือกใช้วิธีการป้องกันฟันผุที่เหลือค่อนข้างน้อย เช่น การหลีกเลี่ยงอาหารรสเปรี้ยวเพราะอาหารรสเปรี้ยว เป็นอาหารที่มีกรดเป็นส่วนประกอบ เช่น กรดซิตริก จะทำให้ฟันผุได้ง่ายในภาวะน้ำลายแห้ง[19] วิธีการป้องกันฟันผุที่สำคัญเช่นกัน คือ การพบทันตแพทย์อย่างสม่ำเสมอ และการหลีกเลี่ยงอาหารหวาน แต่กลับพบว่ากลุ่มตัวอย่างเลือกปฏิบัติค่อนข้างน้อย การเกิดฟันผุสัมพันธ์กับการรับประทานของหวาน[18] ส่วนการพบทันตแพทย์ จะทำให้ฟันผู้ป่วยได้รับการประเมินสุขภาพช่องปากอย่างสม่ำเสมอตลอดจนดูแลเสริมความแข็งแรงของฟัน[24] ข้อมูลที่ได้จากการศึกษาจะเห็นได้ว่าผู้ป่วยที่เกิดภาวะ น้ำลายแห้งมีความสามารถในการดูแลตนเองที่ถูกต้องในระดับหนึ่งแต่การเลือกปฏิบัติเพียงบางวิธีการในการจัดการกับภาวะน้ำลายแห้งหรือการปฏิบัติที่ไม่ถูกต้อง อาจทำให้ภาวะน้ำลายแห้งยังคงเป็นปัญหารบกวนผู้ป่วยต่อไปหรือ อาจทำให้ความรุนแรงเพิ่มมากขึ้นและส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย การศึกษาเกี่ยวกับความรู้ในด้านการดูแลตนเอง ในภาวะน้ำลายแห้งของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอจะเป็นสิ่งสำคัญในการพัฒนาการให้คำแนะนำผู้ป่วยให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น เนื่องจากการให้คำแนะนำความรู้เกี่ยวกับอาการข้างเคียงจากการรักษาโดยทีมสุขภาพเป็นปัจจัยสนับสนุนการดูแลตนเองของผู้ป่วย[26]

สำหรับเหตุผลในการเลือกปฏิบัติกิจกรรมการจัดการกับอาการคือ คิดว่าปฏิบัติแล้วอาการดีขึ้น/หาย (ร้อยละ 73.6) แหล่งที่มาของข้อมูลที่ในการปฏิบัติกิจกรรมของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับคำแนะนำจากแพทย์/พยาบาล (ร้อยละ 64) โดยบุคคลที่ช่วยเหลือในการปฏิบัติกิจกรรมเป็นส่วนใหญ่คือตนเอง(ตัวผู้ป่วย) (69) เวลาที่ใช้ปฏิบัติกิจกรรมการจัดการกับภาวะน้ำลายแห้งคือเมื่อมีอาการ/รู้สึกผิดปกติ (ร้อยละ 69.4) และสถานที่ที่ปฏิบัติกิจกรรมการจัดการกับอาการคือบ้าน (ร้อยละ 98.6) ข้อมูลที่ได้จากการศึกษาจะเห็นได้ว่า ภาวะน้ำลายแห้งเป็นภาวะแทรกซ้อนในระยะยาว ซึ่งเป็นช่วงที่ผู้ป่วยใช้ชีวิตอยู่กับบ้านเป็นส่วนใหญ่ และมีความสามารถในการดูแลตนเองได้เนื่องจากร่างกายฟื้นคืนสภาพจากการเจ็บป่วยและการรักษามาระยะเวลาหนึ่ง การศึกษาวิธีการจัดการกับภาวะน้ำลายแห้ง โดยทีมสุขภาพสหสาขาวิชาชีพมีทั้งแบบใช้ยาและไม่ใช้ยารวมไปถึงการดูแลด้านอื่นๆ เช่น การดู

แลสุขภาพของช่องปากและอาหารสำหรับผู้ป่วย วิธีการที่ค้นพบเหล่านี้ สามารถช่วยบรรเทาอาการของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่เกิดภาวะน้ำลายแห้งได้[27] ดังนั้นการให้ข้อมูลและคำปรึกษาเกี่ยวกับภาวะน้ำลายแห้งโดยทีมสุขภาพ เป็นสิ่งสำคัญเพื่อให้ผู้ป่วยรับรู้ต่ออาการและปฏิบัติตัวได้ถูกต้อง[28]

คุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอในภาวะน้ำลายแห้ง

การศึกษาพบว่า ภาวะน้ำลายแห้งรบกวนคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างในระดับค่อนข้างมาก สอดคล้องกับการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอภายหลังครบการรักษาเป็นเวลา 6 เดือน ที่คุณภาพชีวิตโดยรวมและสภาวะด้านร่างกายจะยังไม่กลับสู่ระดับเดิมก่อนการรักษา โดยพบว่าภาวะน้ำลายแห้งทำให้มีอาการปวดร้อยละ 58.4 รบกวนชีวิตประจำวันร้อยละ 30.8 อารมณ์เปลี่ยนแปลงร้อยละ 58.3 และรบกวนการปฏิบัติกิจกรรมทางสังคมร้อยละ 60[5] และมีการศึกษาพบว่าผู้ป่วยจะมีการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ (ตึงเครียด/วิตกกังวล/ซึมเศร้า) ร้อยละ 60 มีปัญหาการพูดและร้อยละ 54 มีปัญหาด้านการรับประทานอาหาร[16] จะเห็นว่าภาวะน้ำลายแห้งส่งผลคุณภาพชีวิตในหลายๆ ด้าน ได้แก่ การรับประทานอาหาร การนอนหลับการพูดคุยการเข้าสังคมมีผลต่ออารมณ์และสังคม[16,27]

ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะน้ำลายแห้งและคุณภาพชีวิต

การศึกษาพบว่าความรุนแรงของภาวะน้ำลายแห้ง มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตหลายด้าน และโดยรวม ($p = 0.01$) สอดคล้องกับผลการศึกษาหลายการศึกษาได้แก่ จิลลิมมาและคณะ[29] พบว่าภาวะน้ำลายแห้งหลังครบรังสีรักษาของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอ มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญ ($p < 0.001$) ทั้งในด้านการทำหน้าที่ ภาวะอ่อนล้าและด้านจิตใจ นอกจากนี้ ยังมีการศึกษาที่พบว่า การเกิดภาวะแทรกซ้อนในช่องปากภาย หลังการรักษามีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยอาการที่พบมากที่สุดถึงร้อยละ 91.8 คือ ภาวะน้ำลายแห้ง[5]

จะเห็นได้ว่า ภาวะน้ำลายแห้งภายหลังการรักษาด้วยรังสีของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยในระยะยาวและเป็นปัญหาสุขภาพใหม่ ทั้งที่ผู้ป่วยอาจหายขาดจากโรคมะเร็งแล้วก็ตาม และเป็นไปได้ว่าภาวะน้ำลายแห้งอาจจะอยู่กับผู้ป่วยตลอดไป หากต่อมน้ำลายไม่สามารถฟื้นคืนสภาพได้ ดังนั้น ทีมสุขภาพควรตระหนักเกี่ยวกับภาวะน้ำลายแห้งภายหลังการรักษาด้วยรังสีของผู้ป่วย มะเร็งศีรษะและคอเนื่องจากเป็นปัญหาที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตโดยตรง การศึกษาวิจัยควรมุ่งไปในด้านการป้องกันการจัดการกับภาวะน้ำลายแห้งที่มีประสิทธิภาพ ตลอดจนวางแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่เกิดภาวะน้ำลายแห้งอย่างเป็นระบบในสถานพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับการรักษาด้วยรังสี

ข้อเสนอแนะในการนำผลงานวิจัยไปใช้

1. ทีมสุขภาพควรมีความรู้เกี่ยวกับภาวะน้ำลายแห้งหลังครบรังสีรักษาของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอ ที่เกิดขึ้นและส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต เพื่อวางแนวทางการดูแลที่เหมาะสมกับผู้ป่วย

2. ควรมีการศึกษาเกี่ยวกับวิธีการจัดการกับภาวะน้ำลายแห้งที่มีประสิทธิภาพ เพื่อนำไปใช้กับผู้ป่วย

เอกสารอ้างอิง

1. ศูนย์มะเร็งลพบุรี. (2549). *สถิติโรคมะเร็ง.* (ฉบับปี 2549, หน้า 8-9). งานทะเบียนมะเร็ง กลุ่มงานเทศโนโลยีสารสนเทศ ศูนย์มะเร็งลพบุรี: ลพบุรี. *ประชาเล่ม 1* (หน้า 454 - 458). กรุงเทพมหานคร: บียอนด์ เอ็นเทอร์ไพรซ์.
2. Otto, S.E. (2001). Chemotherapy. In S.E. Otto (Ed.), *Oncology nursing* (4th ed., pp. 638-683). Philadelphia: Mosby.
3. Haggood, A.S. (2001). Head and neck cancer. In S.E. Otto (Ed.), *Oncology nursing* (pp. 285 - 325). St. Louis: Mosby.
4. ภัทรจิต บวรสมบัติ. (2547). มะเร็งศีรษะและคอ : การจัดการภาวะแทรกซ้อนในช่องปาก. *วารสารพยาบาลศาสตร์,* 22(3), 8-14.
5. Epstein, J.B., Emerton, S., Kolbinson, A., Le, N., Phillips, N., Stevenson, M., et al. (1999). Quality of life and oral function following radiotherapy for head and neck cancer. *Head and neck,* 21(1). 1-11. Retrieved December 10, 2006, from http://www3.interscience.wiley.com/cgi-bin/fulltext/30000655/PDFSTART
6. ประยุทธ์ โรจน์พรประดิษฐ์. (2544). Head and neck cancer. ใน วิชาญ หล่อวิทยา, ไพรัช เทพมงคล, ประมุข พรหมรัตนพงศ์ และชนวัธน์ เทศะวิบุล (บรรณาธิการ.), *Manual of radiation oncology* (หน้า 64 -84). กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
7. ไพพร แซ่เตีย. (2544). *สิ่งที่ก่อให้เกิดความเครียดและวิธีการเผชิญความเครียดในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอภายหลังได้รับการฉายรังสี.* วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
8. Dodd, M.J., Miaskowski, C., & Paul, S.M. (2001). Symptom clusters and their effect on the functional status of patients with cancer. *Oncology Nursing Forum,* 28(3), 465-470.
9. Eisbruch, M., Kim, H., Terrell, G., Marsh, L., Dawson, L., & Ship, J. (2001) Xerostomia and its predictors following parotid-sparing irradiation of head-and-neck cancer. *International journal of Oncology Biology Phhsics,* 50(3), 695-704.
10. Henson, B.S., Inglehart, M.R., Eisbruch, A., & Ship, J.A. (2001). Preserved salivary output and xerostomia-related quality of life in head and neck cancer patients receiving parotid-sparing radiotherapy. *Oral oncology,* 37(1), 84-93
11. บุษกร แสงแก้ว. (2549). *การสำรวจประสบการณ์อาการที่พบบ่อย การจัดการกับอาการและผลลัพธ์ ของการจัดการในผู้ที่เป็นมะเร็งเต้านมที่มีถิ่นพำนักในภาคกลางของประเทศไทย.* วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

12. สุจิรา ฟุ้งเฟื่อง. (2550). *ประสบการณ์อาการ วิผีการจัดการ และผลของการจัดการกับอาการของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษาร่วมกับเคมีบำบัดในศูนย์มะเร็งภาคกลางของประเทศไทย.* วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
13. นิรมล พจน์ด้วง. (2550). *แนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการดูแลช่องปาก เพื่อบรรเทาภาวะน้ำลายแห้งจากรังสีรักษาสำหรับผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอ.* สารนิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
14. Jham, BC., Reis, PM., Miranda, EL., Lopes, RC., Carvalho., AL., & Scheper MA. (2007). Oral health status of 207 head and neck cancer patients before, during and after radiotherapy. Clinical Oral Investigation, 12(1), 19-24.
15. Logemann, J.A., Pauloski, B. R., Rademaker, A. W., Lazarus, C.L., Mittal, B.,& Gazino, J., et al. (2003). Xerostomia: 12-month changes in siliva Production and its relationship to perception and performance of swallow function oral intake and diet after chemoradiation. *Head and Neck,* 25(6), 432 -437.
16. Dirix P., Nuyts, S., & Bogaert, W. (2006). Radiation-induced xerostomia in patients with head and neck cancer. *Cancer, 107(11),* 2525-2534.
17. Wijers, O., Levendag, D., & Braaksma, M. (2002). Patients with head and neck cancer cured by radiation therapy: a survey of the dry mouth syndrome in long-term survivors. *Head neck, 24, 737-747.*
18. Shakes, J.(2007) The management and treatment of xerostomia from the patients perspective.Retrieved May 27, 2007 from http://www.nutrition.otago.ac.nz/_data/assets/file/0004/1966/dtp_JShakes.pdf.
19. The British Columbia Cancer Agency. (2005). Cancer management guideline. Retrieved March 27, 2007 from The BC Cancer Agency Web site: http://www.bccancer.bc.ca treatment/Nutrition/Nutritional ChallengesduringCancerTreatment/Dry+Mouth.htm.
20. Seifert, G., Michike, A., Hanbrich, J., & Chilla, R. (1986). Disorder of secretion. In P.M. Stell (Ed.), *Disease of the salivary gland* (pp. 70-75). Stutgart: Gutmann & Co.
21. Davies, A.N. (2000). A comparison of artificial saliva and chewing gum in the management of xerostomia in patient with advance cancer.

Palliative Medicine, 14(3), 197-203. Retrieved April 10, 2006, from *http://search.epnet.com/direct.asp?jid=31I&db=aph*

22. Olsson, H., & Axell, T. (1991). Objective and subjective efficacy of saliva substitutes containing mucin and carboxymethylcellulose. *Scandinavian Journal of Dentristry,* 49, 316-319.
23. Epstein, J.B., & Meij, H.E. (1996). Effects of compliance with fluoride gel application on caries and caries risk in patients after radiation therapy for head and neck cancer. *Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology, Oral Radiology, & Endodontics,* 82(3), 268-275.Retrieved April 25, 2006, from *http://www.sciencedirect.com/science?_ ob= ArticleListURL &_ method= list&ArticleListID=583754252*
24. National Cancer Institute. Management of oral complication of chemotherapy and Head & Neck radiation. Retrieved August 27, 2007 from National Cancer Institute Web site: *http://www.cancer.gov/cancertopics/pdq/supportivecare/ oralcomplications/*
25. Pearson, L.S. & Hutton, J.L. (2002). A control trial to compare the ablity of foam swabs and toothbrushes to remove dental plaque. *Journal of Advance Nursing,* 39, 480-489.
26. โขมพักตร์ มณีวัต. (2541). *การพัฒนารูปแบบการสนับสนุนและการให้ความรู้เพื่อส่งเสริมการดูแลตนเองในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา.วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตร* มหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
27. Chambers, M.S., Rosenthal, D.I., & Weber, R.S. (2006). Radiation- induced xerostomia. *Head & Neck,* 29(1), 58-63.
28. Iwamoto, R.R. (2001). Radiation therapy. In S.E. Otto (Ed.), Oncology nursing (4th ed., pp. 606 - 637). Philadelphia: Mosby.
29. Jellema, AP., Slotman, BJ., Doornaert, P., Leemans, CR. & Langendijk JA. (2007)Impact of radiation-induced xerostomia on quality of life after primary radiotherapy among patients with head and neck cancer. *Int J Radiat Oncol Biol Phy, 69(3),* 751-760.